

indicat la toți pacienții: sulfat de magneziu s-a administrat la 125 (79%) cazuri, acetazolamidă- la 83 (53%), spironolactonă- la 46% din cazuri, furosemid- la 41% din cazuri. Preparatele utilizate cu scopul ameliorării circulației sangvine cerebrale au fost: Cinarizina- în 16% din cazuri, Piracetam- în 3% cazuri și Pentoxifilina- în 2% din cazuri. Aceste medicamente au fost indicate pacienților în perioada de convalescență. Antibioterapie s-a indicat la 47 copii (29 %), fiind argumentată de prezența complicațiilor și a maladiilor concomitente, cum ar fi: otita medie acută, amigdalita lacunară, infecția căilor urinare și altele.

În dependență de evoluția maladiei, s-a observat o ameliorare a stării generale la a 7-10-a zi la 114 bolnavi (72%), la a 10-14-a zi- la 30 copii (19%), la a 14-21-a zi- la 14 pacienți (9%). Durata perioadei de spitalizare a durat 10-14 zile în 97 de cazuri (61 %), 14-21- la 53 pacienți (34%), mai puțin de 10 zile- la 8 copii (5%).

Concluzii

1. Rezultatele studiului efectuat au relevat o incidență sporită a cazurilor de meningită acută virală în anul 2008 (62%), comparativ cu anul 2012 (10%).

2. Grupa de vîrstă mai frecvent afectată a fost 3-14 ani (74%), cu predominarea genului masculin (65%).

3. Structura etiologică a meningitei acute virale a fost determinată de enterovirusuri (79%), cu o sezonabilitate de vară- toamnă (72%).

4. Manifestările clinice ale meningitei seroase au fost dominate de triada clasică: febră (100%), cefalee (95%), semne de iritație meningiană (91%).

5. Modificările LCR au arătat o pleiocitoză limfocitară pînă la 300 mcmol/l în 74% din cazuri.

6. Tratamentul bolnavilor cu meningită acută virală a inclus: terapie de deshidratare (100%), antipiretice (85%), perfuzie i/v (46%), antiinflamatoare nesteroidiene (15%), corticosteroizi (13%), enzime pancreatice (13%), antivirale (3%).

Bibliografie

1. Ciofu E. P., Ciofu C. Pediatria tratat. Ed. Medicală. București, 2001. Ediția I, pag. 1542-1545.

2. Cupșa A. Boli infecțioase transmisibile. Ed. Medicală Universitară. Craiova, 2007, pag.11.22-11.27.

3. Rusu G. Boli infecțioase la copii. Chișinău, 2012, pag.42- 50, pag.80-88

4. Rebedea I. Boli infecțioase. Ed. Medicală. București, 2000, pag.145-147.

5. Zanc V. Boli infecțioase. Cluj- Napoca, 2011, pag.313- 333.

PARTICULARITĂȚI CLINICE SI PARACLINICE ALE BORRELIOZEI LYME LA PACIENȚII INTERNAȚI ÎN SCBI „T. CIORBĂ” PE PARCURSUL ANILOR 2009-2012

Ion Chiriac, Tiberiu Holban

Catedra Boli infecțioase, tropicale și parazitologie medicală USFM „Nicolae Testemițanu”

Summary

The clinic and paraclinic peculiarities of patients with Lyme disease treated in T.Ciorba Infectious Disease Hospital during 2009-2012 period

There have been examined and treated 39 patients suffering with acute Lyme Disease (LD) during 2009-2012 in the Clinic of Infectious Disease. The incidence of disease was higher during May and July months 33.3% and 20.5% accordingly The most commonly noticed symptom was erythema migratory (EM) in 66% cases, followed by arthralgia and myalgia - in 64, local burning sensations –in 58, head ache- in 46 and fever –in 30% cases. EM syndrome was more frequently noticed in women – in 18 cases vs 8- in men. Also joint pain was a more

frequent symptom presented by women 15 vs 10 cases in men. Incubation period was 14 and 13.13 days.

Rezumat

Am elucidat particularitățile clinice epidemiologice și paraclinice la pacienții internați în SCBI „T.Ciorbă” (39 persoane) pe durata anilor 2009-2012. Boala Lyme s-a constatat cel mai frecvent în luna mai (33.3%) și iulie (20.5%). Maladia a evoluat în majoritatea cazurilor cu eritem migrator (EM) la 66%, artralgii- la 64%, senzații de arsuri locale-la 58%, cefalee-la 46% și febră la 30% pacienți. EM și artralgiiile s-au constatat la femei cu o frecvență mai mare decât la bărbați 18 vs 8 și 15 vs 10 corespunzător. La alte simptome frecvența a fost similară. Perioada de incubație varia între 9.36 și 17.96 zile.

Actualitatea

Borrelioza Lyme (BL) este o maladie, cunoscută de la sfârșitul secolului trecut care, provoacă multiple controverse la nivel mondial. Multitudinea de specii ale agentului patogen și diversitatea genetică contribuie la manifestările complexe ale acestei suferințe transformând-o cu adevărat în maladia cu „o sută de fețe” Apar afecțiuni cutanate, ale sistemului nervos periferic cum ar fi paralizii și pareze, dar și ale sistemului nervos central - sindromul de fatigabilitate cronică, cefalee, distonie vegeto-vasculară etc. [2,5,8] Apar afecțiuni ale sistemului cardiovascular, implicând dereglări de conductibilitate ale fasciculului His, atingeri ale aparatului locomotor, provocând artralgii, artrite și mialgii dar și o gamă largă de afecțiuni ale altor sisteme de organe. [9,11]

Conceptia greșită despre Boala Lyme ca despre o maladie ușor diagnosticabilă și tratabilă face un deserviciu clinicienilor actuali: medicii de mai multe specialități tratează BL bazându-se pe conceptul că această maladie se manifestă în multe cazuri cu Eritem migrator (EM), care reprezintă faza acută a maladii, care răspunde de obicei la tratamentul antibacterian și care de fapt este doar „varful aisbergului” [10]. Această maladie, în cazul că nu este tratată cu antibioticul adecvat, în doze corecte și pe o durată suficientă poate evolua spre cronicizare cu răspândirea infecției în țesuturi atât pe cale hematogenă dar și ca rezultat al penetrării barierelor tisulare și membranelor datorită motilității înalte ale borreliilor [1,7]. În același timp *Borrelia burgdorferi* (Bb), datorită multiplelor genospecii dar și coinfectării cu alte spirochete poate evolua în forme atipice conducând spre cronicizare, având implicații dezastruoase asupra sănătății persoanelor afectate, cauzând suferințe și provocând cheltuieli enorme pentru societate [12,13]. Tratamentul formelor cronice de multe ori este o sarcină greu realizabilă, pacienții fiind afectați atât de Bb dar și de toxicitatea preparatelor antibacteriene, care deseori sunt administrate în doze greșite sau pe o durată neadecvată prelungind suferințele pentru luni sau chiar ani de zile. [3,4]

În fiecare an zeci de mii de oameni sunt infectați cu *Borrelia burgdorferi* sensu Lato. Este cunoscut faptul că această infecție nu este diagnosticată nici pe aproape în cifre reale, de fapt numărul real al îmbolnăvirilor atinge sute de mii. Cu toate că aproximativ 80-90% pacienți prezintă semnul patognomic de EM, totuși dacă nu sunt diagnosticați și tratați la timp microorganismul poate disemina în tegumente, inimă, sistemul nervos central sau periferic, articulații și alte țesuturi și organe. Manifestări ale maladii pot fi meningita aseptică, dereglări de conductibilitate în fasciculul His și artrite și sunt confirmate echivoc pe baza datelor microbiologice- cultura Bb, decelarea acidului nucleic și analizelor serologice [6,8]. Este bine cunoscut că unii pacienți prezintă afecțiuni somatice și neurocognitive de lungă durată în timpul refacerii după BL, iar o parte din ei suferă de afecțiuni funcționale serioase. [3,7,12,13]

Materiale și metode

Am analizat particularitățile clinice și paraclinice, evoluția, tratamentul și sechelele la 39 pacienți cu boala Lyme internați în SCBI „T. Ciorbă” pe parcursul anilor 2009-2012. Cei mai mulți pacienți 13(33.3%) au fost internați în luna mai, 8 (20.5%) în luna iulie, 7 (17.9%) – în luna iunie. Cei mai puțini bolnavi s-au prezentat în luna decembrie și februarie- câte un bolnav respectiv. În lunile ianuarie și martie nu s-au constatat îmbolnăviri. Diagnosticul a fost stabilit pe baza datelor clinice, datelor epidemiologice examenului obiectiv și confirmată prin decelarea anticorpilor IgM la intervalul de 22- 28 zile de la înțepătura de căpușă. Numai la o persoană s-au decelat ambii anticorpi IgM și IgG.

Rezultate și discuții

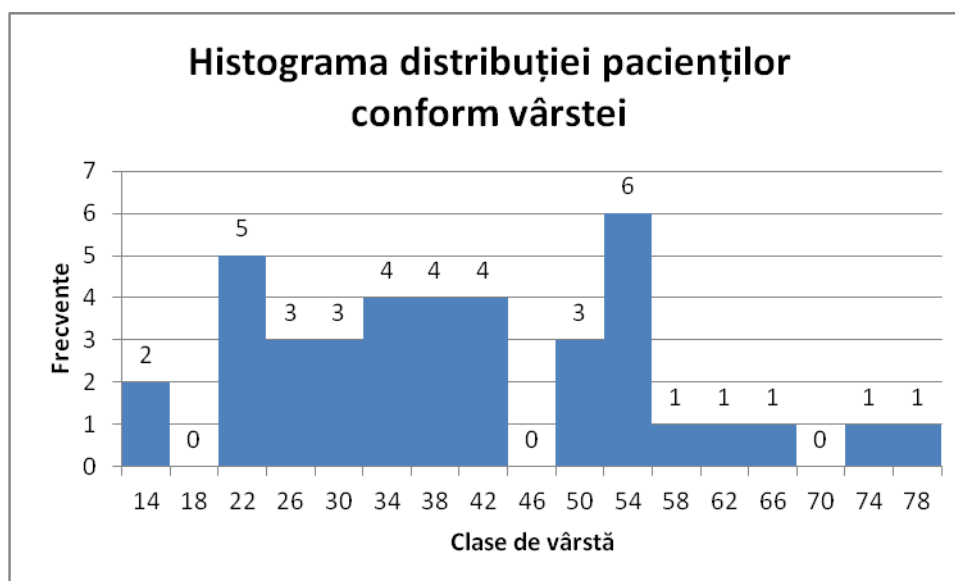
În numărul total de pacienți au fost 24 femei cu vârstă medie 41 ani și 15 bărbați cu vârstă medie 36 ani. Datele sunt prezentate în tabelul de mai jos.

Tabelul 1

Distribuția pacienților cu BI în SCBI „T. Ciorbă” în 2009-2012 conform vârstei

Sex	Numar pacienți	Vârsta medie	Interval de încredere pt vârstă medie (p=95%)
Barbați	15	36	30 – 42
Femei	24	41	33 – 48
Total	39	39	34 – 44

Valoarea medie a vârstei la femei era de 41 ani iar la bărbați – 36, mediana la femei era de 37,5 la bărbați 35 ani; modulul la femei era 21 ani iar la bărbați era de 24 ani corespunzător.



Anamneza epidemiologică a depistat prezența mușcaturii de căpușă la 37 din numărul total de pacienți. Intervalul de la înțepătură de căpușă până la apariția primelor simptome (perioada de incubație) la bărbați era în medie de 14 zile iar la femei de 13.42 zile. Mediana și modulul perioadei de incubație la bărbați era 14 zile, iar la femei mediana era de 12 și modulul sau cea mai frecvent întâlnită perioadă de incubație era de 13.2 zile. Datele expuse sunt prezentate în tabelul de mai jos.

Tabelul 2

Date epidemiologice			
Sex	Numar de pers cu an. epidem. pozitivă	Perioada de incubație medie (zile)	Interval de încredere pentru perioada de incubație medie (zile)
Barbați	14	14.00	10.04 - 17.96
Femei	23	13.13	9.36 - 16.89
Total	37	13.42	10.69 - 16.14

Siptomatologia pacienților analizați s-a prezentat în felul următor. Cel mai frecvent simptom a fost eritemul migrator – la 26 pacienți, artralгии la 25 pacienți, urmată de arsuri locale la 23 pacienți, cefalee la 18 și febră la 12 pacienți corespunzător. Repartizarea simptomelor conform sexului este reprezentată în tabelul de mai jos.

Tabelul 3

Frecvența simptomelor BI la pacienții analizați					
Sex	Erit Migr	Artralгии	Cefalee	Arsuri Loc.	Febră
Barbați	8	10	7	9	4
Femei	18	15	11	14	8
Total	26	25	18	23	12

Persoanele analizate au fost spitalizate pe o durată de 12.3 zile pentru bărbați și 10.6 zile pentru femei mediana fiind de 11 și 10 zile corespunzător, iar modulul a fost de 10 zile atât la bărbați cât și la femei. Devieri în hemogramă s-au constatat în special la femei, cea mai frecventă fiind creșterea VSH-ului.

Analiza generală a urinei nu a prezentat anumite schimbări specifice patologiei cu Bb, în marea lor majoritate fiind normală.

ECG a fost efectuată la 10 bărbați și 12 femei. Cea mai frecventă abnormalitate s-a constatat a fi dereglarea proceselor de repolarizare, inclusiv sindromul repolarizării precoce – la 7 pacienți (31.8%), la câte 2 pacienți (9%) s-a depistat bradicardie, dereglare de conductibilitate, bloc de ram stâng și dereglări vegetative. La 6 persoane (27.2%) nu s-au depistat careva abateri de la normă.

Numai la 3 persoane s-au constatat abnormalități minore în probele hepatice. Dintre pacienții analizați la 25 persoane (64.1 %) diagnosticul a fost confirmat serologic prin decelarea anticorpilor către Bb clasa IgM. Nivelul mediu al titrului de anticorpi a fost la bărbați de 1.23 iar la femei -1.12. La bărbați s-au obținut anticorpi la nivelul minimal 0.515 iar maximal -2.641. Pe când la femei minimal-0.353 și maximal 4.048.

La 3 persoane diagnosticul a fost confirmat prin decelarea anticorpilor de clasa Ig G și la 1 persoană s-au depistat ambii anticorpi IgM și IgG.

La bărbați s-au decelat anticorpi IgM pozitiv în medie la a 28-a zi de la apariția primelor simptome iar la femei la a 22-a zi. Totuși nu se poate concluziona că la femei apar anticorpii clasa IgM mai târziu decât la bărbați. Ar putea fi cazul ca bărbații să se fi adresat și respectiv să fi fost examinați/testați mai târziu.

Tratamentul a fost cel mai frecvent efectuat prin administrarea de Ceftriaxonă 1g două ori nictimeral pe o durată în medie de 9.94 zile, doxiciclină 200mg nictimeral timp de 10 zile sau mai rar- Cefatoxina, Claricida sau Cefazolina pe o durată medie de 9.35 zile.

Incidența maximală a BI 13(33%) s-a constatat în lunile mai și iulie 13 cazuri (33.3%) și 8 cazuri (20.6%) respectiv, pe când îmbolnăviri în lunile ianuarie și martie nu au fost.

La pacienții analizați BI mai frecvent s-a întâlnit la persoane de vârstă tânără la bărbați în medie la 36 și femei - la 41 ani. Majoritatea pacienților 37 (94%) s-au prezentat la medic după ce a fost mușcați de căpușe. Perioada de incubație de la înțepătură până la apariția EM a fost la majoritatea pacienților 2 săptămâni. La 26 (66%) persoane s-a constatat prezența semnelor patognomice pentru această maladie-EM. Următoarele simptome după frecvență au fost artralgiile și senzațiile de arsuri locale și s-au menționat la câte 25 și 23 pacienți corespunzător. Mai rar s-a constatat cefaleea și febra – câte 18 și 12 cazuri. Pacienții au fost spitalizați pe un interval între 10 și 12 zile. Tratamentul efectuat cu Ceftriaxonă 2g nictimal sau Doxaciclină 200 mg nictimal s-a dovedit a fi eficient la majoritatea pacienților. Mai rar s-a indicat Cefatoxina și Cefazolina.

Diagnosticul a fost stabilit pe baza datelor clinice, datelor epidemiologice examenului obiectiv și confirmat prin decelarea anticorpilor IgM la intervalul de 22- 28 zile de la înțepătura de căpușă. Numai la o persoană s-au decelat ambii anticorpi IgM și IgG.

Concluzii

1. Borrelioză Lyme este o maladie relativ puțin cunoscută de majoritatea clinicienilor și prezintă dificultăți atât de diagnostic cât și tratament.
2. În lunile mai și iulie au fost cele mai multe îmbolnăviri de BI care s-a constatat mai frecvent la femei în 61% cazuri.
3. La majoritatea persoanelor investigate s-a depistat afectul primar- EM - la 66%, artralgiile - la 64%, senzații de arsuri locale- la 58%, cefaleea –la 46% și febra- la 30% cazuri.
4. Deoarece la nivel mondial această maladie se întâlnește tot mai frecvent, tendințele de schimbări climatice și deschiderea hotarelor face posibilă mărirea numărului de cazuri de BI întâlnite în Republica Moldova.
5. Devine tot mai actuală necesitatea intensificării măsurilor antiepidemice și posibil includerea BI în lista maladiilor notificabile.
6. Este foarte importantă informarea medicilor de familie, cardiologilor reumatologilor și dermatologilor despre posibilitatea prezentării BI în forme cronice sub forma de patologii care sunt tratate de acești specialități.
7. La majoritatea pacienților tratați în SCBI „T.Ciorbă” pe această perioadă maladia a evoluat cu ameliorare însă sunt posibile multe forme cronice, nediagnosticate și netratate corect.

Bibliografia

1. Goldstein S., Charon N.W., Kreiling J. A., *Borrelia burgdorferi* swims with planar waveform similar to that of eukaryotic flagella //Proc Natl Acad Sci USA 1994, 91; 3433-7.
2. Kaplan RF, Trevino RP, Johnson GM *et al.* Cognitive function in post-treatment Lyme disease: do additional antibiotics help? *Neurology* 60(12), 1916–1922 (2003).
3. Klempner MS, Hu LT, Evans J *et al.* Two controlled trials of antibiotic treatment in patients with persistent symptoms and a history of Lyme disease. *N. Engl. J. Med.* 345(2), 85–92 (2001).
4. Krupp LB, Hyman LG, Grimson R *et al.* Study and treatment of post Lyme disease (STOP-LD): a randomized double masked clinical trial. *Neurology* 60(12), 1923–1930 (2003).
5. Logigian EL, Kaplan RF, Steere AC. Chronic neurologic manifestations of Lyme disease. *N. Engl. J. Med.* 323(21), 1438–1444 (1990).
6. Luft B.J., Mudri., Liang W. The 93-kilodalton protein of *Borrelia burgdorferi* in immunodominant protoplasmic cylinder antigen //Infect Immun 1992, 60:4309-21.
7. Fallon BA, Keilp JG, Corbera KM *et al.* A randomized, placebo-controlled trial of repeated iv antibiotic therapy for Lyme encephalopathy. *Neurology* 70(13), 992–1003 (2008).
8. Pohl P., Schmutzhard E., Stanek G. Cerebrospinal fluid findings in neurological manifestations of Lyme disease //Zentralbl Bacteriol Mikrobiol Hyg 1986, 263:314-20

9. Steere AC, Levin RE, Molloy PJ *et al.* Treatment of Lyme arthritis. *Arthritis Rheum.* 37(6), 878–888 (1994).
10. Steere A.C. Lyme disease: a growing threat to urban population. //Proc. Natl. Acad Sci USA 1994, 91:2378-83.
11. Steere A.C. Musculoskeletal manifestations of Lyme disease . //Am J med 1995, 98: 44-48.
12. Shadick NA, Phillips CB, Logigian EL *et al.* The long-term clinical outcomes of Lyme disease. A population-based retrospective cohort study. *Ann. Intern. Med.* 121(8), 560–567 (1994).
13. Sigal LH. Persisting complaints attributed to chronic Lyme disease: possible mechanisms and implications for management. *Am. J. Med.* 96(4), 365–374 (1994).

EPIDERMOLIZELE BULOASE: ASPECTE CLINICO-EVOLUTIVE ȘI DE TRATAMENT

Mircea Bețiu, Nina Fiodorova, Tatiana Alexandrova, Vasile Sturza
Catedra Dermatovenerologie USMF “Nicolae Testemițanu”

Summary

Bullous epidermolysis: clinical, evolutive and treatment aspects

41 cases of epidermolysis bullosa (EB), simple, junctional and dystrophic types, were analyzed in this article. It is showed a predominance of male patients originated from rural regions as well as high incidence of dominant type of disease. Bullous manifestaions of EB in about 1/3 of cases were complicated with nail involvement, also hyperhidrosis, palmo-plantar keratoderma, alopecia and ichthyosiform lesions were seen occasionally. Associated pathology as anemia, pneumonia, hepatitis, pancreatitis, pielonephritis were established in a half of patients. Common signs as dental disorders and mucous membrane involvement were reported in 1/3 of patients, every 10th patient had a mental retardation. 20% of patients with EB have developed complications as secondary pyodermas, acrosclerodactylitis, mutilations, etc. It is mentioned a moderate efficiency of the standard treatment, absence of prenatal diagnostic, crucial role of sustained administration of non-adherent bandages, and the need of colaboration with patients' support organisations as „DEBRA-Moldova”.

Rezumat

În articol sunt analizate 41 cazuri de epidermolizele buloase simple, joncționale și distrofice. Se constată predominanța pacienților de sex masculin, din mediul rural, precum și a formelor clinice de EB dominante. Manifestările buloase de epidermoliză au fost completate în o treime din cazuri cu afectare unghială, iar hiperhidroza, keratoderma palmo-plantară, alopecia și leziunile ichtioziforme au fost semnalate sporadic. La circa o jumătate din pacienți au fost constatate o serie de maladii concomitente (anemii, pneumonii, hepatite, pancreatite, pielonefrite). Comune au fost anomaliiile dentare și afectarea mucoaselor raportate la o treime din pacienți, fiecare al zecelea pacient având și retard mental. La circa 20% bolnavi cu epidermolize buloase au fost observate complicații cu agenți microbieni, acrosclerodactilie, contracturi, mutilații, stenoze esofagiene, precum și un caz de deces. Se accentuează eficacitatea modestă a tratamentelor de rutină, lipsa diagnosticului prenatal, imperativul de administrare continuă a pansamentelor non-aderente, precum și importanța conlucrării cu organizațiile de suport al pacienților cu epidermolize buloase de tip „DEBRA-Moldova”.

Generalități

Epidermolizele buloase (EB) reprezintă un grup de maladii ereditare caracterizate printr-o fragilitate deosebită a tegumentelor și mucoaselor, manifestând bule după cel mai mic